

桑名市 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ（居宅介護支援事業所へ業務委託の場合）

- この事務の流れは、現時点で国から示されている内容をもとに作成していますが、今後様式等変更の可能性がありますので注意してください。
- 介護予防支援事業者の指定を受けた居宅介護支援事業所が、利用者と直接契約して業務をおこなう場合この流れは該当しません。
- 文中の「介護予防支援」は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント」と同義とする。（変更時は別途お知らせします）

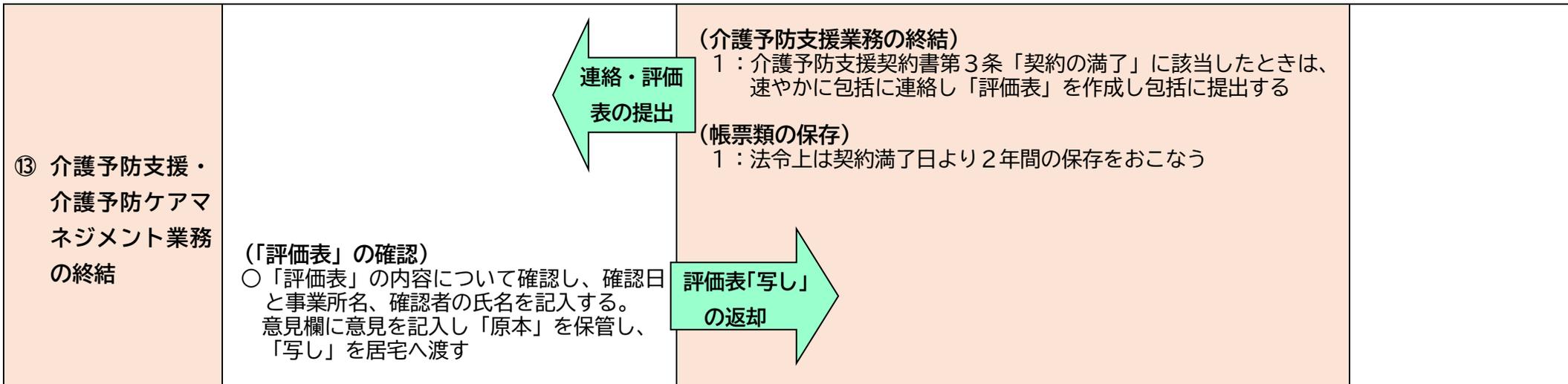
業務の流れ	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業者)	指定居宅介護支援事業者（居宅）	ポイント
① 申請・受付	<p>(受託の可否を確認)</p> <p>○居宅に受託の可否を確認</p>	<p>(認定結果が出る前)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：利用者が「要支援認定」となった場合の手続やサービス利用方法等について説明する 2：新規申請時又は要介護認定者の更新・区分変更申請時において、要支援認定が見込まれる場合は必ず包括に連絡する 3：みなし認定でサービスを利用する場合は暫定プランを作成、必要に応じケアミーティング書類を提出する <p>(認定結果が出た後)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認 2：利用者に所管の包括を紹介し、サービス利用に関する手続きを説明する 3：包括に利用者に関する情報（利用者名・住所等）を提供する（利用者の同意が必要） <p>(事業対象者とする場合)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：包括に連絡する 	<p>*明らかに要介護認定が下りると見込まれる場合以外は、担当包括に連絡する</p> <p>*更新で要支援の認定が出て、区分変更をかける場合、サービス利用する前に必ず包括に連絡し、暫定プランを立てる</p>
② 契約の締結	<p>(業務委託契約の締結)</p> <p>○居宅との業務委託契約の締結（3年毎に必要）</p> <p>(介護予防支援契約の締結)</p> <p>○居宅の同席が望ましい</p> <p>○介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認（コピー等で確認）</p> <p>○「介護予防支援契約書」「重要事項説明書」「個人情報使用同意書」を説明し記名・押印又は署名をもらう</p> <p>○「介護予防サービス計画作成依頼届出書」に署名をもらう。介護保険証と一緒に市の窓口に提出する（居宅の代行、オンライン申請可）</p> <p>(暫定プランでサービスを開始する場合)</p> <p>○重要事項説明書のみ説明し記名・押印又は署名をもらう</p> <p>○要支援認定が下りたら、重要事項を説明した日に遡り介護予防支援契約を交わす</p>	<p>(包括と契約の日程調整が困難な場合に介護予防支援契約の代行)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：包括に代行して「介護予防支援契約書」2部、「重要事項説明書」2部、「個人情報使用同意書」1部を利用者に説明し署名及び捺印（捺印は自署の場合不要、以下同様）をもらう 2：「介護予防支援契約書」「重要事項説明書」は利用者、包括で各1部ずつ原本を保管し居宅は複写したものを保管する。 3：契約書の1部、重要事項説明書1部は利用者の控えとする 4：「介護予防サービス計画作成依頼届出書」に署名をもらい市の窓口に提出する <p>(三者契約の場合) *三者とは居宅・利用者・担当包括のことをいう</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：介護予防支援の指定を受けている居宅は三者契約も可能 2：担当包括と日程調整し包括も契約に同席できるようにする 3：契約書類の準備は居宅と包括で事前に話し合い決めておく 4：「契約書」「重要事項説明書」は居宅、包括、利用者が各1部保管 	<p>*まず担当包括と業務委託契約を交わしているか確認する</p> <p>*居宅は契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書のコピーをとり保管しておく</p> <p>*介護予防サービス計画作成依頼届出書の提出は契約締結後に限る</p> <p>*三者契約は介護予防ケアマネジメントに移行する可能性がある利用者の契約時に有効</p>

<p>③ アセスメント・介護予防支援計画書（「計画書」）の作成・承認</p>	<p style="text-align: center;">基本情報、チェックリスト、「計画書」原案の提出</p> <p>（「計画書」原案確認）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「計画書」原案が適切に作成されているか、内容が妥当かについて確認する ○ 「計画書」の意見欄にコメントを記入し、居宅に渡す 	<p>（主治医意見書、認定調査票の確認）</p> <p>1：市役所より、主治医意見書、認定調査票を取り寄せ内容の確認</p> <p>（アセスメントの実施）</p> <p>1：利用者宅を訪問しニーズの把握等アセスメントを実施する。「計画書」作成のために必要な聞き取りをおこなう</p> <p>2：利用者基本情報、基本チェックリストの作成</p> <p>（「計画書」原案の作成）</p> <p>1：アセスメントした結果をもとに、「計画書」原案を作成する 注）「計画書」の計画期間は、最長で新規は半年、継続は1年とする 但し、サービス利用期間が1年未満の場合は残りの期間とする</p> <p>2：基本情報、基本チェックリスト、「計画書」原案を包括に提出する</p> <p style="text-align: center;">包括署名入り「計画書」の返却</p> <p>※新規プランの期間が1月～6月、認定の有効期限が7月までの場合、プランの有効期間を7月まで（7か月）、更新プランの残りの有効期間が13か月の場合は、13か月にすることは可能。</p>	<p>* 基本情報は要支援認定が更新される都度、チェックリストは「計画書」作成の都度作成が必要</p> <p>* チェックリストはソフト内での作成でも可</p> <p>* 利用サービス種別や加算は、「計画書」に記載する</p> <p>* 軽度者の福祉用具貸与を計画に位置づける場合は、事前に包括へ相談をおこなう</p>
<p>④ サービス担当者会議の開催</p>	<p>（サービス担当者会議への出席）</p> <p>○ 必要に応じてサービス担当者会議に出席する</p>	<p>（サービス担当者会議の開催）</p> <p>1：サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。目標を共有し、役割分担を確認する</p> <p>2：「計画書」の内容について、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定する</p> <p>3：「計画書」に必要があれば修正を加えて、計画の最終決定をおこなう</p> <p>4：介護予防支援経過記録等に会議内容を記載する</p> <p>* 情報通信機器を活用したモニタリングを利用する場合は、サービス担当者会議で定められた事項について、主治医、担当者、その他関係者の合意を得ること。</p>	

<p>⑤ 「計画書」の説明</p> <p>⑥ 介護予防サービスの利用</p>	<p>(「計画書」の保管) ○居宅から渡された「計画書」原本を保管</p>	<p>(「計画書」の説明、同意)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: 「計画書」の内容を利用者及び家族に説明し同意を得る 2: 「計画書」の同意欄に自筆で署名をもらう(利用者による署名が困難な場合は、家族に代筆してもらう。代筆者の署名も必要) 3: 「計画書」を利用者に交付し、サービス事業者にも提供する 4: 署名入りの「計画書」原本を包括に提出する(ゆめはまでの提出不可) <p>署名入り「計画書」の提出</p> <p>(サービス利用状況の確認、調整)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: サービス利用開始直後に、利用者及びサービス提供事業者サービス利用状況を確認し、必要があれば調整をおこなう 2: サービス提供事業者より、「サービス計画書」をもらう(選択サービスがある場合は、選択サービス計画書ももらう) 	<p>*「計画書」に署名があれば印は不要</p>
<p>⑦ モニタリング</p>		<p>(モニタリングの実施)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: 毎月1回は、訪問、電話、サービス事業所での面接等によりモニタリングを実施する 2: 少なくとも、サービス提供月の翌月から起算して3ヶ月に1回及びサービス評価月は、利用者の居宅を訪問して面接する 3: 状況変化があった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接をおこなう 4: 上記については、介護予防支援経過記録へ記載する <p>*情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする ⇒その場合は6か月に1回は利用者の居宅を訪問すること</p>	<p>*包括から求めがあった場合は、介護予防支援経過記録等を速やかに提出する</p>
<p>⑧ サービス提供実績の確認、報告</p>	<p>(サービス提供実績の確認) ○居宅より提出された実績の確認と保管をおこなう</p>	<p>(サービス提供実績の確認、提出)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: サービス提供実績(利用実績と単位がわかるもの)、給付管理票、介護予防支援介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、介護予防支援・ケアマネジメント業務委託料請求書を、毎月5日までに包括に提出し(写)を保管する <p>毎月5日までに実績報告</p>	<p>*5日が休業日と重なる場合は、その前日までに包括に報告をおこなう</p>

<p>⑨ 給付管理</p>	<p>(国保連への請求) ○毎月10日までに給付管理票等を作成し、国保連に提出する (市への請求) ○毎月15日までにサービス事業利用管理票を作成し、市に提出をする</p>		
<p>⑩ 「介護予防支援・サービス評価表」(評価表)の提出</p>	<p>(「評価表」の確認) ○「評価表」の内容について確認し、確認日と事業所名、確認者の氏名を記入する。意見欄に意見を記入し「原本」を保管し「写し」を居宅へ渡す</p>	<p>(「評価表」の作成) 1:「介護予防サービス・支援計画」の達成状況について評価をおこない、「評価表」に記入して包括に提出する 2:「評価表」の作成時期は、介護予防サービス・支援「計画書」の計画期間の最終月とする 3:計画期間が1年間の「計画書」については、計画開始後6ヶ月後に中間評価として「評価表または支援経過」に達成状況等を記入する 中間評価の提出は必須ではないが、確認を求められた際は、すぐに提示できるようにしておくこと</p> <p>「評価表」の提出</p> <p>「評価表」(写し)の返却</p>	<p>*評価時期は、計画の終了月とする</p> <p>*計画期間が8ヵ月以上1年未満の場合は6ヵ月以内の適切な時期に中間評価をおこなう</p>

<p>⑪ 評価後の「計画書」の作成</p>	<p>(「計画書」原案の確認)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「計画書」原案が適切に作成されているか、内容が妥当かについて確認し、確認日と事業所名、確認者の氏名を記入する。 ○「計画書」の意見欄にコメントを記入し、居宅に渡す 	<p>(「計画書」の見直し)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：評価結果をもとに介護予防サービス・支援「計画書」を見直し「計画書」原案を作成する 2：「計画書」原案・基本情報（認定更新ごと）・チェックリスト（「計画書」更新ごと）をあわせて包括に提出する <p>基本情報、チェックリスト、「計画書」の提出</p> <p>包括署名入り「計画書」の返却</p> <p>(手順④以降の作業をおこなう)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：包括からのコメントを確認したうえで、以降は手順④からの作業を繰り返す 	<p>* 計画の目標が達成されたときは、計画を見直し、原則、新たな目標を設定する</p>
<p>⑫ 更新・変更申請・基本チェックリスト該当申請代行</p>		<p>(更新申請)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：更新申請が滞りなく手続きできるように支援をおこなう 2：認定結果が遅れる場合は必ず包括に連絡する <p>(区分変更申請)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：区分変更申請をおこなう場合は、必ず包括に連絡する <p>(基本チェックリスト対象者とする場合)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1：必ず包括に連絡する 	



<追記>

○計画書等の包括への提出方法について

P3 「署名入りの「計画書」原本」以外は、ゆめはま等電子データでの提出可

○指定居宅介護支援事業所による介護予防支援について（地域包括支援センターから委託を受けずに行う場合）

<委託の場合との主な相違点>

③、⑬について：包括の承認及び、計画書・サービス評価表の意見欄に包括の意見は必要ありません

ただし、

◎新規・終結時（要介護になった、プラン終了、他界等）時に、※¹介護予防サービス計画等一式（ゆめはま等電子データ推奨）を、利用者の住所地を担当する地域包括支援センターへ提出。

※¹介護予防サービス計画等一式：

- ・新規：利用者基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書
- ・終結時：介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援・サービス評価表

<注意事項>

要支援者のプランは、総合事業のみを利用する場合の「介護予防ケアマネジメント」と、介護予防サービスを含んだ「介護予防支援」がありますが、今回新たに指定事業所として行うことができるのは「介護予防支援」のみです。そのため、以下のような場合においては注意が必要です。

利用月	利用するサービス	ケアマネジメント費	担当事業所	市へ必要な提出 (担当事業所から)
6月	・通所A（総合事業） ・介護予防短期入所生活介護	介護予防支援費	A指定居宅介護支援事業所	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書
7月	・通所A（総合事業）	介護予防ケアマネジメント費	地域包括支援センター	同上
8月	・通所A（総合事業） ・介護予防短期入所生活介護	介護予防支援費	A指定居宅介護支援事業所	同上

例) 要支援 2 の被保険者について、A 指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所（包括からの委託ではなく被保険者と直接契約）として担当するケース

・この場合、6月、8月分はA居宅介護支援事業所が担当の指定介護予防支援事業所だが、7月分は「介護予防ケアマネジメント」となるため、地域包括支援センターが担当となる。そのため、ケアマネジメント費の種類が変わるたびに※²利用者との契約および介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書（以下、「居宅の届出書」：電子申請可能）の提出が必要となります。

※²契約について

上記の例のような場合、利用者に負担を強いることになるため、契約の時点で利用者・指定居宅介護支援事業者・地域包括支援センターの3者で契約を行っても差し支えありません。ただし、この場合にもケアマネジメント費の種類が変わるたびに居宅の届出書の提出（電子申請可能）は必要です。

<その他>

- ・介護予防支援事業所の指定を受けて実施できるのは、「介護予防支援」のみです
- ・「介護予防ケアマネジメント」は、これまでどおり地域包括支援センターまたは、委託を受けた指定居宅介護支援事業所が実施することになります
- ・介護予防支援事業者の指定の有無に関わらず、これまでどおり地域包括支援センターからの委託を受けて「介護予防支援」及び「介護予防ケアマネジメント」を実施することも可能です